GnRH-α治疗子宫内膜异位症后复发的影响因素分析

周美荣
江苏省苏州市广慈肿瘤医院妇科,江苏苏州 215000

[摘要] **目的** 探讨GnRH-α治疗子宫内膜异位症后复发的影响因素。 **方法** 采用回顾性分析法,选取2014年1月～2016年1月于我院行GnRH-α治疗的60例子宫内膜异位症(EMs)患者为研究对象。采用单因素、多因素Logistic回归分析GnRH-α治疗子宫内膜异位症后复发的影响因素及保护因素。 **结果** 单因素分析结果显示,患者既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎、子宫腺肌症、术后孕次均与子宫内膜异位症的发生显著相关,是子宫内膜异位症复发的影响因素;多因素Logistic分析显示,既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎、子宫腺肌症是子宫内膜异位症患者复发的危险因素,其中既往痛经史、盆腔炎为极强的危险因素;术后孕次是子宫内膜异位症的保护因素。 **结论** 子宫内膜异位症复发的危险因素包括既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎性反应、子宫腺肌症,因此临床对患者予以手术救治时,应根据患者的具体情况及生育要求,合理选择手术形式,建议女性减少宫腔等操作手术,同时进行科学的用药指导,降低子宫内膜异位症的复发。

[关键词] GnRH-α;子宫内膜异位症;复发;影响因素
[中图分类号] R713　[文献标识码] B　[文章编号] 2095-2856(2020)12-58-02

子宫内膜异位症(EMs)属于雌激素依赖性疾病,多发于育龄期女性,临床表现为痛经、慢性盆腔疼痛,严重者造成不孕[1]。目前关于子宫内膜异位症的发病机制尚不确定,以往常采用切除两侧卵巢的方式进行治疗,多数女性无法接受[2]。目前,促性腺激素释放激素(GnRH-α)在临床中逐渐取得较好的成效,但术后复发率较高。因此,本文将分析GnRH-α治疗子宫内膜异位症后复发的影响因素,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2014年1月~2016年1月于我院行GnRH-α治疗的60例EMs患者为研究对象,按照复发情况将复发患者30例设为观察组和未复发患者30例设为对照组。患者年龄21~42岁,平均(35.22±2.18)岁;病程1~7年,平均(4.17±1.00)年。术后复发标准:①术后反应缓解90 d后复发加重;②术后盆腔阳性体征消失,恢复到手术前水平;③术后超声检查出现新病灶;④血清CA125降低后再次上升;满足②③④标准,同时伴有①判定为复发。纳入标准:①经手术病理检查确诊为子宫内膜异位症;②符合随访1年数据资料完整的患者。排除标准:①先天道生殖道畸形的患者;②恶性肿瘤的患者;③失访者。

1.2 方法

对所有患者进行为期1年的随访,应用我院自制的问卷调查表,采用电话、门诊复查以及微信群等方式记录收集患者的综合资料,包括年龄、术后孕次、术前血清CA125水平、既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎、子宫腺肌症,并记录患者的术后复发情况。

1.3 观察指标

分析复发的相关因素,并进行多因素Logistic回归分析。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件对数据进行分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,行t检验,计数资料用率(%)表示,行χ^2检验,复发影响因素采用多因素Logistic回归分析,$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者复发单因素分析

观察组的手术分期Ⅲ~Ⅳ期高于对照组,术后孕次及既往痛经史、手术分期Ⅰ~Ⅱ期、后穹窿有触痛性结节、用药、盆腔炎、子宫腺肌症等因素均低于对照组($P<0.05$);两组初潮年龄、术前血清CA125水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结果显示,术后孕次、既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节盆腔炎、子宫腺肌症均与子宫内膜异位症的发生显著相关,是子宫内膜异位症复发的影响因素。见表1。

2.2 子宫内膜异位症复发的影响因素分析

经多因素Logistic分析显示,既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎、子宫腺肌症是子宫内膜异位症患者复发的危险因素,其中既往痛经史、盆腔炎为极强的危险因素。术后孕次

表1 两组患者复发单因素分析

因素	观察组（n=30）	对照组（n=30）	t/χ^2值	P值
初潮年龄（$\bar{x}\pm s$，岁）	14.90±1.40	14.51±1.60	0.8797	0.3826
术后孕次（$\bar{x}\pm s$，次）	0.04±0.01	0.44±0.13	5.2195	0.0001
术前血清CA125（$\bar{x}\pm s$，U/L）	46.84±15.44	43.30±14.65	0.8308	0.4095
既往痛经史[n（%）]	8（26.67）	22（73.33）	13.0667	0.0427
手术分期[n（%）]			4.0219	0.0449
Ⅰ~Ⅱ期	5（16.67）	12（40.00）		
Ⅲ~Ⅳ期	25（83.33）	18（60.00）		
后穹窿有触痛性结节[n（%）]	11（36.67）	26（86.67）	4.5576	0.0327
用药[n（%）]	9（30.00）	23（76.67）	4.7721	0.0289
盆腔炎[n（%）]	9（30.00）	22（73.33）	11.2792	0.0007
子宫腺肌症[n（%）]	8（26.67）	20（66.67）	9.6429	0.0019

表2 子宫内膜异位症复发的影响因素分析

因素	回归系数β	P值	OR值	95.00%置信区间（CI）	
				下限	上限
既往痛经史	1.589	0.009	4.399	1.179	4.354
手术分期	0.667	0.025	1.988	1.131	10.188
后穹窿有触痛性结节	1.491	0.003	2.261	2.298	13.983
用药	3.938	0.002	1.134	2.969	17.520
盆腔炎	1.330	0.001	5.865	2.371	15.573
子宫腺肌症	0.751	0.004	2.135	1.810	14.324
术后孕次	–0.637	0.009	0.909	0.368	0.824

95.00%$CI<1$，联合回归系数$\beta<0$，提示术后孕次是子宫内膜异位症的保护因素。见表2。

3 讨论

EMs是一种良性、雌激素依赖性、慢性疾病。EMs是不孕及慢性盆腔疼痛反应的原因之一，多发于45岁之内的女性，主要是子宫内膜在宫腔外生长发育，导致疼痛反应[3]。卵巢是其多发部位，且发生因素可能与卵巢功能有关，其病变形态较多样化，涉及脏器较多，且盆腔脏器及腹膜是最关键的种植部位[4]。从生理学角度分析，EMs属于良性病变反应，但是却具备和恶性肿瘤相似的侵袭转移特征[5]。目前，关于EMs复发的相关研究分析认为，复发的生物学基础是异位内膜细胞残留和存活，并有激素维持，手术是EMs最为基本的治疗形式，但即使根治性手术也不代表可以将病灶完全切除，主要原因是EMs的病理呈现较为活跃，无色素变化的病灶无法被识别[6]。本研究中，经多因素Logistic分析，既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎、子宫腺肌症是子宫内膜异位症患者复发的危险因素，其中既往痛经史、盆腔炎为极强的危险因素，术后孕次是子宫内膜异位症的保护因素。

综上所述，子宫内膜异位症复发的危险因素有既往痛经史、手术分期、用药、后穹窿有触痛性结节、盆腔炎性反应、子宫腺肌症。因此，临床在进行手术救治时，应根据患者的具体情况及生育要求，合理选择手术形式，建议女性减少宫腔等操作手术，同时遵医嘱科学用药，以降低子宫内膜异位症的复发。

[参考文献]

[1] 黄素丽，李文峰．腹腔镜手术联合GnRh-α药物治疗子宫内膜异位伴不孕患者效果观察[J]. 中外医学研究，2018，16（12）：52-54.

[2] 闫喜秋．GnRH-α联合腹腔镜手术对子宫内膜异位症不孕患者临床疗效及性激素的影响[J]. 医学理论与实践，2020，33（12）：1994-1995.

[3] 霍安妮，王春佟，刘月合．子宫内膜异位症术后应用GnRH-α联合反向添加疗法的疗效观察[J]. 医学临床研究，2020，37（5）：727-729.

[4] 贺佳．糖皮质激素联合GnRH-α对轻度子宫内膜异位症不孕患者性激素的影响分析[J]. 中国现代药物应用，2020，14（11）：167-168.

[5] 王利娟，赵麦娟．腹腔镜手术分别联合GnRH-α与孕三烯酮治疗子宫内膜异位症的临床效果分析[J]. 贵州医药，2020，44（4）：592-593.

[6] 王欣，卢杰平，张建．重度子宫内膜异位症术后GnRH-α与炔雌醇环丙孕酮片联合治疗疗效分析[J]. 当代医学，2020，26（19）：128-130.